

Consentimiento Informado Para Medicamentos Psicotrópicos

NAME / MRN _____

Su médico le recetó el siguiente medicamento psicotrópico. Con el fin de tomar una decisión informada, deben proporcionarle la información (verbal o escrita) que incluya lo siguiente:

1. La naturaleza de su condición psiquiátrica (diagnóstico).
2. Los motivos por los cuales toma esos medicamentos, incluyendo la posibilidad de mejorar o no sin dichos medicamentos.
3. El nombre, la dosis, la frecuencia, la forma de administración y la duración del medicamento recetado.
4. Los posibles efectos secundarios del medicamento comúnmente conocidos y que posiblemente causen malformación congénita.
5. Los efectos secundarios adicionales que pueden ocurrir con el uso continuo de un medicamento antipsicótico, si se toma por *más de tres meses*. Los efectos secundarios pueden incluir movimientos involuntarios constantes del rostro, boca, extremidades y torso llamado discinesia tardía. Estos síntomas pueden ser irreversibles y puede que sigan surgiendo aún si deja de tomar el medicamento.
6. Durante cada visita se discutirá la duración y continuación del medicamento con usted y su psiquiatra/enfermera al cuidado de su salud.

<input type="checkbox"/> Antidepresivo/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Antipsicótico/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Estimulantes/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Estabilizante del estado de ánimo/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Ansiolítico/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Sedante/hipnótico/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Anticolinérgico/Nombre del medicamento: _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro (Clasificación /Medicamento): _____	Vía oral
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Antipsicótico (inyectable)/Medicamento: _____	Vía: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
Dosis: _____ Frecuencia _____ hasta: _____ mg/día	Duración: <input type="checkbox"/> 24 mes. <input type="checkbox"/> 12 mes. <input type="checkbox"/> Otro _____

Tratamiento con medicina alternativa razonable, si la hay:

Psicoterapia Terapia familiar Terapia en grupo Otros medicamentos _____ Otro: _____

Su firma a continuación indica que usted acepta lo siguiente:

- Se discutió con usted adecuadamente los medicamentos y tratamientos mencionados anteriormente y se deben tomar solo según lo recetado.
- Ha recibido toda la información que deseaba con respecto a los medicamentos y tratamientos.
- Se me han ofrecido la(s) **Hoja(s) de Información del Medicamento** y ha tenido la oportunidad de revisar con el médico que receta los beneficios específicos y los efectos secundarios del medicamento recetado.

Por la presente, doy mi consentimiento al tratamiento con este medicamento. Comprendo que debo buscar información adicional y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento indicándoselo a cualquier miembro del equipo de tratamiento.

Firma del paciente*: _____ Fecha: _____

Firma del tutor/procurador (Si aplica): _____ Fecha: _____

Firma del médico/enfermera (NP): _____ Fecha: _____

Testigo (si fue consentimiento verbal): _____ Fecha: _____

**No se obtuvo la firma del paciente/padre/tutor/procurador - Documento explicando razón:*